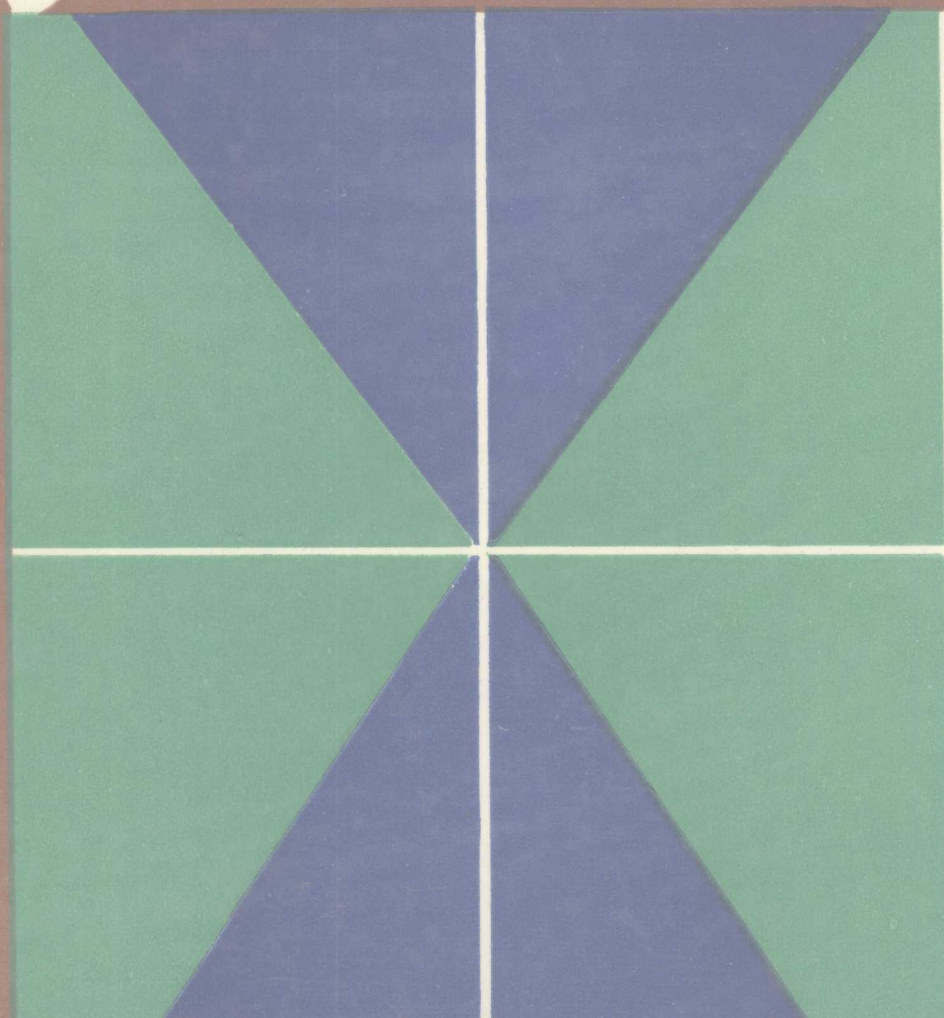


# 儿科急诊医学

● 主编 赵祥文

● 副主编 樊寻梅 魏克伦  
董宗祈 胡皓夫



R720.597  
4391

294391

号180字登燕(京)

图录(91C)目录编查并图

# 儿科急诊医学

主 编 赵 祥 文

副主编 樊寻梅 魏克伦 董宗祈 胡皓夫

编 委 (以姓氏笔画为序)

方鹤松 冯泽康 孙眉月 何庆忠  
吴 熙 陈大勋 胡皓夫 赵祥文  
董宗祈 董永绥 樊寻梅 魏克伦

秘 书 吴冀川 祝益民

编者 (以姓氏笔画为序)

方鹤松 白兰芝 孙吉庆 卢仲毅  
朱之尧 李长刚 刘发祝 李着算  
陈大勋 杨立志 宋亚军 何庆忠  
陈克正 张灵恩 何颜霞 张家骥  
吴 熙 林 庆 赵祥文 易著文  
赵维玲 胡皓夫 祝益民 徐 仑  
梁安定 徐钦仔 袁雄伟 黄敬孚  
董文洁 董永绥 董宗祈 颜 纯  
樊寻梅 魏克伦



人 民 卫 生 出 版 社

(京)新登字081号

图书在版编目(CIP)数据

儿科急诊医学/赵祥文主编. —北京: 人民卫生出版社, 1994

ISBN 7-117-02042-3

I. 儿…

II. 赵…

III. ①小儿疾病: 急性病-临床医学②急

性病: 小儿疾病-临床医

学③临床医学-小儿疾病: 急性病

IV. R720.597

儿科急诊医学

赵祥文 主编

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

三河市宏达印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 36 $\frac{1}{4}$ 印张 4插页 839千字

1994年5月第1版 1994年5月第1版第1次印刷

印数: 00 001—3 500

ISBN 7-117-02042-3/R·2043 定价: 32.20 元

〔科技新书目316—200〕

## 序

急诊医学是一门新兴的边缘学科，于1979年才被国际上多数国家承认为一门专门学科。这是由于医学科学的进展和社会的需要两个主要因素促成的。我国正式承认急诊医学是临床上的专门学科至今还不到10年，所以是一门很年轻的学科。但它的发展很快，对各种急、危、重症的基本发病机理、病理生理、临床诊断和急诊救治都有新的认识和提高。中华医学会急诊医学学会被总会批准成立至今才6~7年。我们目前的宗旨是一方面推广对急诊医学的认识，一方面提高急诊医学的水平。为此设立若干专业组，儿科急救专业组是其中很重要的一个。小儿急症和危重病有它的特点，因此儿科急救专业组承担了极为重要的任务。此组成立以来，已召开过若干次全国小儿急救学术研讨会和讲习班。对于全国儿科急救水平的提高和急救技术的推广起了非常重要的作用。现在由儿科急救专业组主要负责人赵祥文、樊寻梅二位教授以及国内著名的儿科专家共同编写《儿科急诊医学》一书，此书包括儿科急诊医学的各个方面，内容精湛、新颖和实用。不但对儿科学的发展起到良好作用，对于急诊医学，乃至医学科学的进展也做出贡献。特为序。

**邵孝铨**

中华医学会急诊医学学会主任委员

北京协和医院急诊科教授

1992年8月19日

## 前 言

小儿疾病的特点是起病急、变化快、病死率高。尤其急症对小儿健康的影响更大。为了及时有效的抢救危重患儿，必须建立健全儿科急诊医学。这门新兴的学科，在我国尽管历史尚短，但发展很快。1982~1984年国家卫生部与联合国儿童基金会“小儿急救与培训项目”建立的首批儿童急救中心，为发展我国儿科急诊事业提供了设备条件和培养了技术人员。几年来，各种规模的PICU和NICU已遍及许多省市。中华急诊医学会儿科急救学组建立后，也多次举办了全国性的小儿急救学术研讨会和学习班，在普及小儿急救知识，提高抢救技术水平、交流学术信息等方面，起了积极有益的作用，产生了良好影响。但是发展还不平衡，有的地区急救水平仍很薄弱。目前急需有比较全面的指导儿科急诊的书籍供参考。为此，在全国各地从事儿科急诊工作的同道的共同努力下，终于编写了这本《儿科急诊医学》，供儿科临床急诊工作者使用。全书共分总论、新生儿疾病、系统疾病、中毒、意外事故、治疗措施与技术操作等6篇，共30章。本书较全面地阐明了国内外近年来小儿急救的理论和技術，以突出实用为特点，并附有急救常用药物，器械使用方法及实验室正常值等，便于临床查阅。为儿科急诊医师必备参考书，亦适用于基层医务人员学习和参考。

本书在编写过程中得到中华急诊医学会主任委员邵孝祺教授鼓励并作序，谨致谢意。

编 者

1992年9月于北京

# 目 录

## 第一篇 总 论

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| <b>第一章 儿科急诊医学</b> .....       | 1   |
| 第一节 急诊医学的概述 .....             | 1   |
| 第二节 儿科急诊的特点 .....             | 2   |
| 第三节 儿科急诊的范围 .....             | 3   |
| 第四节 儿科门诊急诊的分诊 .....           | 4   |
| 第五节 儿科急诊室 .....               | 6   |
| 第六节 儿科重症监护病房 .....            | 8   |
| 第七节 院前急救 .....                | 12  |
| <b>第二章 危重病发病机制研究的进展</b> ..... | 14  |
| 第一节 微循环障碍学说 .....             | 14  |
| 第二节 体液介质与免疫学说 .....           | 19  |
| 第三节 细胞损害学说 .....              | 20  |
| 第四节 自由基与感染 .....              | 21  |
| 第五节 纤维连接蛋白与危重症 .....          | 26  |
| 第六节 再灌注损伤 .....               | 30  |
| 第七节 代谢障碍学说 .....              | 35  |
| <b>第三章 小儿常见危重症</b> .....      | 36  |
| 第一节 心跳、呼吸骤停与心肺复苏 .....        | 36  |
| 第二节 急性呼吸衰竭 .....              | 44  |
| 第三节 心力衰竭 .....                | 50  |
| 第四节 急性肾功能衰竭 .....             | 58  |
| 第五节 颅内高压综合征 .....             | 69  |
| 第六节 急性肝功能衰竭 .....             | 75  |
| 第七节 休克 .....                  | 79  |
| 第八节 弥漫性血管内凝血 .....            | 96  |
| 第九节 多系统器官功能衰竭 .....           | 104 |
| 第十节 婴儿猝死综合征 .....             | 110 |
| 第十一节 急性呼吸窘迫综合征 .....          | 113 |

## 第二篇 新生儿急救

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| <b>第一章 新生儿常见危重症</b> ..... | 122 |
| 第一节 高危新生儿 .....           | 122 |
| 第二节 新生儿窒息与复苏 .....        | 125 |



|                 |                                |            |
|-----------------|--------------------------------|------------|
| 第三节             | 新生儿呼吸窘迫综合征 .....               | 130        |
| 第四节             | 胎粪吸入综合征 .....                  | 134        |
| 第五节             | 新生儿持续胎儿循环 .....                | 136        |
| 第六节             | 早产儿呼吸暂停 .....                  | 139        |
| 第七节             | 新生儿肺出血 .....                   | 142        |
| 第八节             | 新生儿惊厥 .....                    | 145        |
| 第九节             | 新生儿缺氧缺血性脑病 .....               | 149        |
| 第十节             | 新生儿颅内出血 .....                  | 152        |
| 第十一节            | 新生儿出血症 .....                   | 156        |
| 第十二节            | 新生儿红细胞增多症 .....                | 157        |
| 第十三节            | 新生儿溶血病 .....                   | 160        |
| 第十四节            | 新生儿心律失常 .....                  | 166        |
| 第十五节            | 新生儿心力衰竭 .....                  | 170        |
| 第十六节            | 新生儿休克 .....                    | 174        |
| 第十七节            | 新生儿坏死性小肠结肠炎 .....              | 178        |
| 第十八节            | 新生儿硬肿症 .....                   | 181        |
| 第十九节            | 新生儿糖代谢紊乱 .....                 | 187        |
| 第二十节            | 新生儿常见电解质紊乱 .....               | 192        |
| 第二十一节           | 新生儿急性肾功衰竭 .....                | 203        |
| <b>第二章</b>      | <b>新生儿常用的急救诊疗措施与操作技术 .....</b> | <b>208</b> |
| 第一节             | 新生儿酸碱平衡紊乱的诊断 .....             | 208        |
| 第二节             | 新生儿液体疗法 .....                  | 213        |
| 第三节             | 新生儿换血疗法 .....                  | 217        |
| 第四节             | 新生儿动脉穿刺 .....                  | 221        |
| 第五节             | 脐动、静脉插管 .....                  | 223        |
| 第六节             | 新生儿机械通气的应用 .....               | 226        |
| 第七节             | 新生儿机械呼吸时肌松剂的应用 .....           | 230        |
| <b>第三篇 系统疾病</b> |                                |            |
| <b>第一章</b>      | <b>呼吸系统疾病 .....</b>            | <b>236</b> |
| 第一节             | 急性上呼吸道梗阻 .....                 | 236        |
| 第二节             | 重症肺炎 .....                     | 240        |
| 第三节             | 哮喘持续状态 .....                   | 246        |
| 第四节             | 气胸 .....                       | 250        |
| 第五节             | 胸腔积液 .....                     | 251        |
| <b>第二章</b>      | <b>心血管疾病 .....</b>             | <b>255</b> |
| 第一节             | 严重心律失常 .....                   | 255        |
| 第二节             | 急性心肌炎 .....                    | 262        |
| 第三节             | 感染性心内膜炎 .....                  | 266        |

|     |                              |     |
|-----|------------------------------|-----|
| 832 | 第四节 急性心包填塞 .....             | 269 |
| 832 | 第五节 青紫型先天性心脏病缺氧发作的紧急处理 ..... | 272 |
| 832 | 第六节 高血压急诊 .....              | 273 |
| 832 | <b>第三章 神经系统疾病</b> .....      | 279 |
|     | 第一节 昏迷 .....                 | 279 |
| 308 | 第二节 癫痫持续状态 .....             | 284 |
| 731 | 第三节 瑞氏综合征 .....              | 288 |
| 308 | 第四节 急性感染性多发性神经根炎 .....       | 291 |
| 108 | 第五节 暴发型流行性脑脊髓膜炎 .....        | 294 |
|     | <b>第四章 消化系统疾病</b> .....      | 298 |
| 078 | 第一节 小儿急性腹痛 .....             | 298 |
| 178 | 第二节 急性坏死性小肠炎 .....           | 302 |
| 878 | 第三节 中毒型痢疾 .....              | 305 |
|     | <b>第五章 泌尿系统疾病</b> .....      | 310 |
| 878 | 第一节 急性肾小球肾炎 .....            | 310 |
| 878 | 第二节 肾病综合征 .....              | 312 |
| 878 | 第三节 溶血尿毒综合征 .....            | 314 |
| 178 | 第四节 血尿 .....                 | 317 |
| 878 | 第五节 尿闭 .....                 | 320 |
|     | <b>第六章 血液系统疾病</b> .....      | 322 |
| 778 | 第一节 溶血危象 .....               | 322 |
| 778 | 第二节 再生障碍危象 .....             | 324 |
|     | <b>第七章 内分泌代谢疾病</b> .....     | 326 |
| 878 | 第一节 肾上腺危象 .....              | 326 |
| 878 | 第二节 甲状腺疾病危象 .....            | 328 |
| 082 | 第三节 糖尿病昏迷 .....              | 331 |
| 080 | 第四节 低血糖 .....                | 334 |
| 082 | 第五节 水电解质及酸碱平衡紊乱 .....        | 337 |
| 182 | 一、脱水 .....                   | 337 |
| 182 | 二、水过多 .....                  | 339 |
| 182 | 三、高钾血症 .....                 | 340 |
| 182 | 四、低钾血症 .....                 | 341 |
| 382 | 五、低钠血症 .....                 | 342 |
| 282 | 六、高钠血症 .....                 | 344 |
| 182 | 七、低钙血症 .....                 | 346 |
| 382 | 八、代谢性酸中毒 .....               | 347 |
| 382 | 九、呼吸性酸中毒 .....               | 350 |
| 182 | 十、代谢性碱中毒 .....               | 351 |
| 302 | 十一、呼吸性碱中毒 .....              | 353 |
|     | 十二、二重酸碱失衡 .....              | 354 |



|                        |     |
|------------------------|-----|
| 十三、三重酸碱失衡·····         | 356 |
| <b>第八章 过敏性反应</b> ····· | 358 |
| 第一节 血清病·····           | 358 |
| 第二节 青霉素不良反应·····       | 359 |

## 第四篇 急性中毒

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| <b>第一章 中毒的诊断及处理原则</b> ····· | 362 |
| 第一节 中毒的原因与途径·····           | 362 |
| 第二节 中毒的诊断·····              | 362 |
| 第三节 中毒的处理原则·····            | 364 |
| <b>第二章 食物中毒</b> ·····       | 370 |
| 第一节 细菌性食物中毒·····            | 370 |
| 第二节 真菌性食物中毒·····            | 371 |
| 第三节 棉子、粗制棉子油中毒·····         | 373 |
| 第四节 桐子或桐油中毒·····            | 373 |
| 第五节 地瓜米中毒·····              | 373 |
| 第六节 扁豆中毒·····               | 373 |
| <b>第三章 有毒植物中毒</b> ·····     | 374 |
| 第一节 毒蕈中毒·····               | 374 |
| 第二节 曼陀罗中毒·····              | 375 |
| 第三节 含氰苷果仁中毒·····            | 376 |
| 第四节 木薯中毒·····               | 377 |
| 第五节 蓖麻子中毒·····              | 377 |
| 第六节 白果中毒·····               | 378 |
| 第七节 发芽马铃薯中毒·····            | 378 |
| 第八节 含亚硝酸盐类植物中毒·····         | 379 |
| 第九节 烂白薯中毒·····              | 380 |
| 第十节 荔枝病·····                | 380 |
| 第十一节 菠萝过敏症·····             | 380 |
| <b>第四章 有毒动物中毒</b> ·····     | 381 |
| 第一节 蜂刺中毒·····               | 381 |
| 第二节 蝎螫伤中毒·····              | 381 |
| 第三节 毒蜘蛛螫伤·····              | 382 |
| 第四节 毒蛇咬伤·····               | 382 |
| 第五节 鱼胆中毒·····               | 384 |
| <b>第五章 农药中毒</b> ·····       | 386 |
| 第一节 有机磷农药中毒·····            | 386 |
| 第二节 有机氯杀虫剂中毒·····           | 391 |
| 第三节 有机氮农药中毒·····            | 392 |

|            |               |            |
|------------|---------------|------------|
| 第四节        | 氨基甲酸酯类农药中毒    | 393        |
| 第五节        | 氟乙酰胺中毒        | 393        |
| 第六节        | 除虫菊中毒         | 394        |
| 第七节        | 溴氰菊酯中毒        | 394        |
| 第八节        | 速灭杀丁中毒        | 394        |
| 第九节        | 杀鼠药中毒         | 394        |
| <b>第六章</b> | <b>常用药物中毒</b> | <b>398</b> |
| 第一节        | 氯丙嗪类中毒        | 398        |
| 第二节        | 巴比妥类中毒        | 399        |
| 第三节        | 氨茶碱中毒         | 400        |
| 第四节        | 退热药物中毒        | 400        |
| 第五节        | 酒精中毒          | 401        |
| 第六节        | 避孕药中毒         | 402        |

## 第五篇 意外事故

|     |         |     |
|-----|---------|-----|
| 第一章 | 一氧化碳中毒  | 403 |
| 第二章 | 婴儿捂热综合征 | 406 |
| 第三章 | 小儿中暑    | 409 |
| 第四章 | 溺水      | 412 |
| 第五章 | 溺粪      | 416 |
| 第六章 | 电击伤     | 419 |
| 第七章 | 烧伤      | 422 |

## 第六篇 诊疗技术

|     |               |     |
|-----|---------------|-----|
| 第一章 | 血气分析与经皮血气分析   | 428 |
| 第一节 | 血气分析          | 428 |
| 第二节 | 经皮血气分析        | 436 |
| 第二章 | 临床常用治疗措施      | 440 |
| 第一节 | 危重病儿的全胃肠道外营养  | 440 |
| 第二节 | 人工冬眠疗法        | 447 |
| 第三节 | 腹膜透析疗法        | 449 |
| 第四节 | 血液透析          | 454 |
| 第五节 | 连续血液滤过        | 456 |
| 第六节 | 危重患儿的感染及抗生素应用 | 460 |
| 第七节 | 氧气疗法          | 470 |
| 第三章 | 常用仪器的使用       | 473 |
| 第一节 | 监护仪的应用        | 473 |
| 第二节 | 人工呼吸机的临床应用    | 478 |
| 第三节 | 高频通气          | 487 |

|            |                           |     |
|------------|---------------------------|-----|
| 第四节        | 除颤仪的应用 .....              | 489 |
| 第五节        | 小儿人工心脏起搏术 .....           | 492 |
| 第六节        | 输液泵的应用 .....              | 495 |
| <b>第四章</b> | <b>常用操作技术</b> .....       | 497 |
| 第一节        | 气管插管术 .....               | 497 |
| 第二节        | 紧急环甲膜切开术 .....            | 502 |
| 第三节        | 紧急胸腔闭式引流 .....            | 504 |
| 第四节        | 中心静脉压的测定及中心静脉插管术 .....    | 505 |
| 第五节        | 动脉穿刺术和动脉血压测定法 .....       | 513 |
| 第六节        | 大隐静脉切开术 .....             | 516 |
| 第七节        | 心包穿刺术 .....               | 517 |
| 第八节        | 气球漂浮导管及肺动脉压、肺动脉楔压测定 ..... | 518 |
| 第九节        | 颅内压监测 .....               | 525 |
| <b>附录</b>  | .....                     | 531 |
| 一、         | 重要生命体征的简易监测 .....         | 531 |
| 二、         | 微循环检查方法 .....             | 539 |
| 三、         | 临床常用实验室检查及正常值 .....       | 541 |
| 四、         | 危重症急诊常用检查项目及其意义 .....     | 554 |
| 五、         | 小儿常用急救药物剂量表 .....         | 557 |
| 六、         | 国际单位制词头 .....             | 567 |

坚强后盾,进一步处理一些有关的问题。只有在这样完备体系的配合下,才能使抢救的成功率得到提高。因此组成这一体系的各个部分,都是构成整个急救系统的重要环节,都必须配套齐全,紧密协作,才能应付,突发的、艰巨的、抢救任务,在执行任务时,才能发挥其应急性、机动性、和协调的协作关系,使抢救工作能够一环扣一环地顺利进行。据上海市医疗救护中心站报告,在现场急救和转运途中,使用设有监护装置的救护车(MICU)转运病人,比使用普通型救护车(CAT)转运病人,复苏的成功率大7.3倍,充分说明急救转运环节中,转运条件对抢救垂危病人起很大的作用。又据北京急救中心报告,若急救中心独立建制,没有医院病房作后盾,将迁到极大困难,存在科室不全,床位过少、周转不灵、技术力量薄弱,难以处理复杂局面等缺陷、不利急诊工作的全面开展。因此当前已明文规定,急诊科属临床科室,直接在院长领导下工作,医师应从轮班制改为骨干固定,或大部分医师固定的工作方式,以提高医疗质量和抢救水平。急诊护士应该固定,使成为具有临床各科知识,并有应急本领的急救专业护士。急诊室的急救备用药品要齐全,抢救设施要具备,能用,抢救程序须标准化、规范化、服务态度良好,能急病人之所急。为做到救死扶伤、提高抢救成功率,要求检查认真、细致、无误,诊断及时、正确、全面,治疗迅速、准确、彻底。同心协力,全力以赴共同把垂危的患儿,从死亡边缘上抢救回来。

## 第二节 儿科急诊的特点

小儿急诊的特点是:起病急、变化快、病死率高。抢救及时处理得当,可使垂危患儿从死亡边缘上得以挽救,反之错失抢救时机可造成严重后果或难以纠正的后遗症。

### (一) 小儿急诊工作量

小儿急诊是整个急诊医学中的一个重要组成部分。其工作量大,在综合医院中,儿科急诊的数量常占全院急诊总量的 $\frac{1}{3} \sim \frac{1}{2}$ 。在儿童医院中急诊量常为全院门诊量的 $\frac{1}{2}$ 左右,如北京儿童医院全院急诊量即达9万人次,面对如此繁重的急诊任务,既要及时有效的完成诊治工作,又要提高抢救成功率,就必须全院紧密配合,互相协作,以及具备必要的设备条件,技术力量、和管理水平才能完成这一艰巨的任务。

小儿能否在急诊就诊,常依临床表现特点,或家属文化程度而定,不少符合急诊条件的患儿,混杂在门诊就诊的人群中,当前在我国儿童医疗机构中,普遍存在着“超负荷运转”现象,门诊量经常处于过饱和状态,因此候诊时间长,候诊厅里拥挤不堪,秩序混乱、声音嘈杂、空气污浊等,就诊难的问题仍然存在,致使有的急诊患儿未能得到及时诊治,这些问题应引起高度重视。如何建立健全的分诊制度,把需要急诊急救的危重患儿从拥挤的候诊人群中分诊出来,及时予以诊治,使急诊及时得到急治,这是提高抢救质量,避免不幸事例发生的重要措施。

儿科急诊、病情危急,变化快、数量大、时间也比较集中,处理操作又多,对医护人员压力大,家属也心情紧张、要求过急,因此急诊科不仅是全院最繁忙的科室,也是矛盾集中的地方,是医疗纠纷的多发区,全院及全社会都在关注的焦点。针对这些特点,搞好小儿急诊工作,已是大家共同的愿望,也是急待解决的问题。

### (二) 小儿急诊的高峰期

急诊的高峰期，常与疾病的流行病学发病季节相一致，而全国各地因地理环境和温度差异而有不同，据北京儿童医院报道，一年中以 1、6、7、8 月为急诊的高峰期，即最热和最冷的季节，也是急诊最多的季节。在一日之中一般规律与门诊的高峰时间相一致，即上午的 8~12 时较多，但实际上，下午的 18~22 时更为繁忙。在此期间，正常的门诊已经停诊，而急诊值班人员又较少，来就诊者都到了急诊室，单位时间内形成人少事多的拥挤局面，医生感到紧张劳累，而患儿家属也感到焦急、烦躁、这时应特别强调彼此多理解、体谅、互相协作配合。工作越紧张，要求医护人员越冷静、家属越烦恼、要求医护人员态度越和蔼。避免医患间出现紧张气氛。在高峰期安排人力也应适当增加，使大家都能心平气和地配合。共同完成急诊抢救任务。

### （三）小儿急诊年龄和病种

小儿急诊就诊年龄以一岁以下的婴儿占首位，约为就诊总数的半数以上，按病种分析，依次为：新生儿疾病，呼吸系统疾病、消化系统疾病，神经系统疾病，中毒等。

### （四）小儿急诊死亡和分析

急诊死亡率统计，据北京儿童医院报道、急诊死亡率占 0.3%，对死亡病例 327 例分析结果显示，来自远郊县的占 23%，来自河北省的占 48%，而北京市城区患儿仅为 15%。该统计显示出离就诊地距离越远死亡率越高，显然与转诊过程中延误了抢救的时机有关。有力的说明，凡急诊需要急救的患儿应该就地、就近、给予及时抢救，以争取抢救时机。

死亡病种分析：以新生儿疾病占首位，其次为肺炎合并心衰。

综上所述，掌握了小儿急诊的特点，就能采取相应的主动抢救措施，以提高抢救成功率，保护小儿健康成长。

## 第三节 儿科急诊的范围

### （一）急诊科的设置模式

目前城市儿童医院急诊科的设置模式，以“二合一”的组合方式，优点比较多、也符合急诊医学发展的要求、即由急诊科的抢救室观察室，为一组，以 ICU 为依托，组成二合一的统一体，在功能上可以更全面的发挥抢救的效能，提高抢救的成功率，也有利于患儿的分流，有利于人力和技术上的互相支援，从而避免了单一急症科模式的缺陷，有统计在 ICU 进行抢救的病例，有 72.3% 是由急诊室转入的，充分体现出 ICU 是急诊室的可靠依托，有了二合一的急诊体制，可使二者结合的更紧密，工作配合更协调，技术互相掌握，资料共同所有，信息彼此交换，有利于技术的提高和深入开展研究工作，但由于急诊业务涉及面广，单有 ICU 还不能应付所有的复杂局面，还必须要有各专业病房做为后盾，及时配合，才能发挥更大的抢救效力。

### （二）小儿急诊范围

目前尚无统一的规定，各医院根据各自的情况，订出自己的就诊范围，虽不完全相同，但大致类似，参考北京儿童医院所订的急诊范围，包括下列 13 项。

1. 高热 39.5℃ 以上，有中毒症状者。
2. 各种原因引起的惊厥 包括癫痫持续状态，不明原因的昏迷等。
3. 各种创伤意外 包括溺水、车祸、电击、烧伤、烫伤等。

4. 各种中毒 包括药物中毒、食物中毒、一氧化碳中毒等。
5. 各种类型的休克。
6. 心肺复苏病人。
7. 三衰病人(心衰、肾衰、呼衰)。
8. 大出血病人 包括颅内出血、严重贫血,血红蛋白低于30~50g/L者。
9. 中枢神经系统感染,合并脑疝及各种原因引起的呼吸肌麻痹(包括感染性多发性神经根炎)。
10. 哮喘及哮喘持续状态。
11. 糖尿病酮症酸中毒。
12. 新生儿疾病及早产婴。
13. 外院转来的急诊病人。

根据1990年统计分析,该院通过急诊科入院的病种,新生儿疾病占首位(38%)其余依次为呼吸系统疾病(27%),神经系统疾病(12%),消化系统疾病(5.7%),各种中毒(2.4%)等。

#### 第四节 儿科门诊急诊的分诊

儿科门急诊是病人高度集中的地方,病人多,流量大,就诊时间相对集中,活动范围比较狭窄,因此显得十分拥挤,秩序混乱、传染病与非传染病,急诊与非急诊,常交织在一起。交叉感染难以避免。急诊当成非急诊也常有发生。在一些老的医院里这种现象更为突出。房屋设备条件增加的不多,而门急诊工作量却逐年上升,远远超出了原设计的承受能力,以致出现“超负荷运转”现象,工作人员长期紧张疲惫不堪,病人候诊时间过长,难以等待,这些矛盾的存在,就出现了脏、乱、差的混乱局面,必须加强管理改善门急诊就诊条件,分诊系统的建立,为门急诊病人合理导向,正确分流,减少交叉感染,创造了条件,使危重患儿能及时得到抢救处理,进一步提高了门急诊工作质量,维护了门急诊的工作秩序,起到了积极有益的作用。

##### (一) 分诊

分诊(triage)即分类挑选的意思。开始出现于第二次世界大战期间,首先使用在部队的医院里,将抢运回的伤病员经初步分类挑选后,再转送到不同的有关医院给予处理。至1963年美国的Yale-New Haven医院开始建立地方医院的急诊分诊系统,主要由熟练的护士来承担这一任务,分诊系统在门急诊主要起着及时了解急诊病情;确定紧急程度,正确分流病人的作用。

根据各医院任务的繁重状况,建立一个完善的分诊系统,一般采用二级分诊制,一级分诊设在大门口,二级分诊设在急诊科与普通门诊处。

1. 一级分诊 分诊处设在大门口,所有病人一进入医院,即根据简单的询问与重点的观察引导病人分流,对疑有传染病的,分流至传染病隔离区,非急诊的导向一般的专科门诊,符合急诊条件的送往急诊室抢救。

2. 二级分诊 患儿进入急诊室后,最好再经过一次分诊,以便将危重病例分诊出来,争取达到“病情越危急,治疗越迅速”的目的。确定病情等级,各医疗机构尚无统一标准,有的分为五个档次,一般分为三个档次,即①重症急诊:是指病人处于垂危状



态,需要立即抢救的,如心跳、呼吸骤停,严重呼吸窘迫、大动脉出血、休克等。② 中度急诊:要求迅速给予治疗者,如急腹症、哮喘、新生儿感染等,③ 轻症急诊:是指患儿可以在急诊室处理,也可以在门诊处理的,经急诊室分诊后,可将病人按轻重缓急、垂危程度、排列抢救顺序,以真正达到急诊急治的目的。在急诊室就诊的病例虽然很多,但真正属于垂危抢救的病例并不太多,据北京、重庆统计只占急诊病例数的5%左右,因此如何把这5%的病例,分诊出来,优先给予抢救,乃是分诊系统的重要任务之一,有医院在抽样调查中发现,在未分诊前,进入急诊室抢救的病例中有27%是通过了一般挂号、候诊、接诊几个程序后,才发现病情危急而转送入急诊室抢救的,对这些高危患儿来说,已经耽误了不少珍贵的抢救时间。

因此分诊系统是组成急救医疗体系中的一个必不可少的重要环节,要完成这样重要的任务,执行的护士必须具备一定的条件。

## **(二) 分诊护士应具备的条件**

1. 要具有高尚的职业道德和品质,有救死扶伤的献身精神,热爱本专业。
2. 有较丰富的临床实践经验,在急诊科工作一年以上,有初步分诊危重急诊的能力。
3. 关心体贴病人,思维灵活,态度和蔼、头脑镇静,能妥善处理一些复杂的突发情况。
4. 组织能力,工作能力较强,在繁忙的高峰阶段能妥善分流病人,抢救危重者,维持好就诊秩序。

## **(三) 分诊护士的任务**

1. 主动与患儿家长联系,指明分流去向,减少患儿家属来院后的陌生感。
2. 简要询问病史,及观察病情,以确定其危重程度,及是否为传染病,以合理分流患儿。
3. 对生命垂危者,立即给予必要的初步抢救措施,护送至抢救室抢救。
4. 维持好就诊秩序、向家属做必要的解释和宣传。
5. 填写必要的记录卡。

## **(四) 分诊护士的工作方法**

基本靠掌握的基础理论知识,结合望、问、触、嗅、听的基本技能。来收集有关的重要资料,以此做出对病情的判断。

1. 问诊 通过简单的询问,掌握病史要点,以确定疾病的性质与严重程度。
2. 望诊 对患儿概括的全面观察,特别注意面色、神志状态,体位、生命体征,如呼吸状况、颈动脉搏动等。
3. 触诊 触四肢及躯干温度、触腹部及四肢肌肉的紧张度、确定脉搏及大血管搏动能否打到。
4. 闻诊 观察能否发音,哭声强度,有无呻吟或呼吸困难等。如有可将所获得的结果,简要记录在分诊登记卡上,供抢救时参考。

通过这些粗略的检查,可初步判定病情的轻重,将真正需要急救的病人,从候诊队伍中分出来,以达到急病急治的目的。

## **(五) 分诊的作用**

1. 迅速查明病情，及时疏散病人，是分诊的基本功能和目的。
2. 迅速而准确的判断病情的危重程度，及时送往抢救室抢救。
3. 经过分诊，达到病情越紧急，治疗措施越迅速，急诊急治的目的。
4. 合理使用现有的医疗设施，使需要者能及时使用，不需要者亦不致浪费。
5. 根据病情和需要，可先开出简单的化验以争取时间。
6. 对垂危患儿可立即给以应急措施，如人工呼吸、供氧等。
7. 分流并隔离传染病患者，防止院内交叉感染。

#### (六) 分诊护士的培训及业务提高

为了使分诊护士不断提高业务水平，以适应复杂变化的分诊任务，必须不断地进行强化培训，提高业务技能，通过多方面进行。

1. 信息反馈，自我提高 可以根据分诊卡追踪结果，检查自己的分诊是否正确，从而提高认识。

2. 定期举办有关业务讲座或组织培训班，以更新知识，充实理论。

3. 加强思想建设，充分认识到这一事业的重要意义，培养主动思考、独立工作的能力、加强医护之间的协调互相依赖、取长补短协作共事。

**【附】** 广州市儿童医院急诊疾病或病征分类标准：

第一类：主要包括、心跳呼吸骤停、严重呼吸窘迫、严重创伤、大出血、过敏性休克、癫痫持续状态、抽搐、昏迷、超高热 $>40.5^{\circ}\text{C}$ 以上，或体温不升 $<36^{\circ}\text{C}$ 。

第二类：急性腹痛、意识改变、高热( $39.5^{\circ}\text{C}\sim 40.5^{\circ}\text{C}$ )、中等面积烧烫伤；多发性骨折和裂伤、哮喘、中毒、水电解质失衡（超过体重10%）早产儿、新生儿疾病（非生命危急状态者）。

第三类：发热( $38.5\sim 39.5^{\circ}\text{C}$ )，皮疹、中等腹泻、小面积烧、烫伤，轻度外伤、呕吐、膀胱刺激症状。

(赵祥文)

### 第五节 儿科急诊室

急诊工作的三个环节：现场急救、转运、住院进一步诊治，实际上在医院的急救工作中也有体现。急诊室承担一线现场抢救，待患儿病情允许后再转入病房或重症监护室继续进行监护、抢救及病因治疗。

为便于危重患儿就诊，医院工作的第一线急诊室应设在医院大门附近，并有鲜明醒目的标记。急诊室内要求面积充足，设有候诊区，并借助宽大通道与检验科室、药房、收费处等辅助科室连接。

#### (一) 急诊室的组成与工作细则

急诊分诊的目的在于筛选危重患儿，限制非急诊者就诊，确保危重患儿及时得到救治，同时防止传染病患儿误入急诊室就诊。分诊处可设在医院入口的初检处，也可在急诊室门外。此项工作多由经验丰富的护士担任。急诊就诊条件则可根据各医院具体情况制定，详见第三节。

各医院急诊室所承担医疗工作并不完全相同，一般应设有以下部门：

1. 急诊抢救室或诊察室 患儿由分诊处送来后，急诊医师应于最短时间内进行诊

查,作出初步诊断,并施行有效急救。待病情稍稳定后,再决定是否住院,继续观察或返家治疗。急诊抢救室医护人员必须以救死扶伤为己任,从严从难出发坚守工作岗位,随时处于待命状态。危重病儿的检查应有重点,力争迅速作出初步诊断,立即给予治疗。有时必须根据症状先行给予退热止惊、吸氧、止血、气管插管、开放静脉等紧急处理,即强调治疗与查体同步进行,继而再仔细询问病历,并补写医嘱。

急救室内应设药品柜、器械柜。医疗器械、药品除有明显标签外,还应设置于固定的顺手之处,以保证随时可用。每一诊察台均应配备氧源与负压吸引装置。为便于床边抢救,提倡使用移动式小型急救车(治疗车)。有条件的急诊室应配备复苏器、呼吸机、洗胃机、心电图机、除颤器、输液泵、心电监护仪等先进医疗设备。

2. 急诊观察室 为防止病情恶化或突然变化,对不能及时住院的患儿,须留急诊观察室继续观察,同时给予必要的治疗。某些医院则将所有需要输液治疗的病人暂置在观察室集中管理,可节省人力、物力。

3. 急诊治疗室 急诊治疗室的设置因医院而不同,有些医院分设内、外科急诊治疗室。内科的腰穿、胸穿;外科的扩创、缝合、穿刺、切开排脓等治疗在此处施行。由于条件限制,一些医院的门诊治疗工作:如灌肠、导尿、十二指肠引流,骨穿、取咽拭子标本等,亦由急诊室承担,但宜安排专人负责,以免因此影响急诊治疗。治疗室应严格划分清洁区与污染区。并有治疗准备室,做准备输液及灭菌治疗器械之用。

4. 其它 如有条件应设隔离室治疗传染性疾病患儿。并设医护休息室、杂用间、厕所等。

## (二) 急诊室人员编制及工作要求

急诊室抢救工作繁重,24小时持续应诊,因此配备足够的医护人员是维持工作正常运转的重要保证。一般急诊室护士应相对固定,由1~2名护士长领导。医师过去多采用轮转制,现在认为医师相对固定,更有利于急诊事业发展。实行轮换制时,须注意医师轮换不可过勤,以6个月至1年为宜。由毕业三年以上,具有一定临床实践经验的医师担任急诊室工作比较理想。因其精力充沛,易于掌握复杂的先进医疗仪器,又善于决断,能独立处理危重病症。疑难患儿的诊治应由主治医师、主任医师协助及指导,以保证急诊工作的医疗质量。各专业医师应作为急诊室的坚强后盾。必要时可由医务处或院长组织多学科、专业会诊。

急诊室最好由经过急诊专业培训的主治医师或副主任医师负责组织、领导工作,对疑难重症的救治与住院医师的培养均极为有利。

在医疗工作中,为全面了解病情,执行治疗措施,提倡实行医护联合交接班制度。急诊室负责医师每日应对观察病人进行查房,及时发现并解决问题。凡经急诊室收住院的患儿必须追踪观察,了解其最终诊断与治疗结果。对疑诊、漏诊病例应组织讨论,吸取教训。此外加强业务学习是急诊工作知识更新,以及实施毕业后教育的好方法,长期坚持,方能取得成效。

急诊病历书写要求简明、扼要、重点突出。主诉包括主要症状及时间。现病史可摘要记录,但必须注明就诊时间。查体强调记录各项生命体征的改变。各项化验结果多需附于病历之后,保存完整。此外初步印象书写应醒目,位置固定,便于查阅。各项处置均应有详细记录,特别是起止时间。留观察之危重病例,应根据病情,每1~2小时观察